

**SOLICITUD DE COTIZACIONES  
CONTRATACIÓN EN FORMA DIRECTA**

Bogotá, D. C.

Señores:

Respetados señores,

El Hospital del Sur, E.S.E, con el fin de atender a los requerimientos de Habilitación de la Secretaría Distrital de Salud y garantizar la prestación de un servicio oportuno con calidad, se requiere contratar la Adquisición de equipos (Fonendos, Tensiómetros, Pulsoxímetros, Flujómetros, Manómetros y Niples) según especificaciones descritas en el numeral 1.

Por lo anterior, de manera atenta se solicita presentar cotización, teniendo en cuenta lo siguiente:

**1. ESPECIFICACIONES ESENCIALES:**

| ITEM | ELEMENTO                 | DESCRIPCION   | CANT. | VR. UNIT. | VR. UNIT. | VR. UNIT. | VR. UNIT. |
|------|--------------------------|---|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1    | PULSOXIMETROS PEDIATRICO | Pulsoxímetro de dedo Pediatrico en cristal liquido de facil lectura para niños entre 2 y 12 años<br>Con pantalla de rotacion<br>Con ajuste de brillo<br>simple, pequeño, ligero, con bateria y facil de transportar<br>indicador del estado de la bateria<br>desconexión automática después de 8 segundos sin utilizar<br>registra saturación de oxígeno y pulso por minuto con tan solo colocar el dedo<br>Alimentación con pilas AAA con autonomía de 30 horas<br>con manual de instrucciones, baterías y cordón para colgar<br>SPO2 35-99%<br>Frecuencia de pulso 30-254 PPM<br>Barra visual de frecuencia para la onda de pulso<br>que el consumo sea menos 30mA<br>resolución +/- 1% para spo2 y 1% para el pulso<br>precisión +/- 1%<br>Garantía de 2 años con visitas de mantenimiento | 2     |           |           |           |           |

|   |                      |  |   |  |  |  |  |
|---|----------------------|--|---|--|--|--|--|
| 2 | PULSOXIMETROS ADULTO | Pulsoxímetro de dedo Adulto en cristal liquido de facil lectura<br>Con pantalla de rotacion<br>Con ajuste de brillo<br>simple, pequeño, ligero, con bateria y facil de transportar<br>indicador del estado de la bateria<br>desconexión automática después de 8 segundos sin utilizar<br>registra saturación de oxígeno y pulso por minuto con tan solo colocar el dedo<br>Alimentación con pilas AAA con autonomía de 30 horas<br>con manual de instrucciones, baterías y cordón para colgar<br>SPO2 35-99%<br>Frecuencia de pulso 30-254 PPM<br>Barra visual de frecuencia para la onda de pulso<br>que el consumo sea menos 30mA<br>resolución +/- 1% para spo2 y 1% para el pulso<br>precisión +/- 1%<br>Garantía de 2 años con visitas de mantenimiento | 2 |  |  |  |  |
|---|----------------------|--|---|--|--|--|--|

**SOLICITUD DE COTIZACIONES  
CONTRATACIÓN EN FORMA DIRECTA**

CÓDIGO:  
GJUF0114  
APROBACIÓN: 27/02/12  
ÚLTIMA REVISIÓN: 27/02/12  
VERSIÓN 1  
PÁGINA 2 DE 5

|   |                                  |  |   |  |  |  |  |
|---|----------------------------------|--|---|--|--|--|--|
| 3 | FONENDOSCOPIO<br>(DOS SERVICIOS) | FONENDOSCOPIO DOS SERVICIOS  | 4 |  |  |  |  |
|   |                                  | CON PIEZA DE CONTACTO EN ACERO INOXIDABLE  |   |  |  |  |  |
|   |                                  | MEMBRANAS ESPECIALES BILATERALES ESPECIALES PARA ACÚSTICA PRECISA                          |   |  |  |  |  |
|   |                                  | ARCOS ANATÓMICOS EN ACERO INOXIDABLE DE ALTA CALIDAD                                       |   |  |  |  |  |
|   |                                  | OLIVAS BLANDAS INTERCAMBIABLES A PRESIÓN CON SELLA DO SUEVE, INCLUYE DOS PARES DE REPUESTO |   |  |  |  |  |
|   |                                  | EXCELENTES PROPIEDADES DE TRANSMISIÓN DE SONIDO  |   |  |  |  |  |
|   |                                  | DIAPHRAGMA FLOTANTE, INCLUYE DOS DIAPHRAGMAS DE REPUESTO                                   |   |  |  |  |  |
|   |                                  | LONGITUD DE 68 CMS O MÁS   |   |  |  |  |  |
|   |                                  | AURICULARES CON ÁNGULO CÓMODO Y ANATÓMICAMENTE CORRECTOS                                   |   |  |  |  |  |
|   |                                  | DETECCIÓN DE FRECUENCIAS AGUDAS, MEDIAS Y BAJAS  |   |  |  |  |  |
|   |                                  | VERSÁTIL PARA USO EN PEDIATRÍA Y ADULTOS   |   |  |  |  |  |
|   |                                  | TUBO RESISTENTE DE ALTA CALIDAD CON PROPIEDADES DE CONDUCCIÓN DEL SONIDO SEPARADAS         |   |  |  |  |  |
|   |                                  | NO CONTENGA LATEX  |   |  |  |  |  |
|   |                                  | Garantía de 2 años con vistas de mantenimiento   |   |  |  |  |  |

|   |                        |  |   |  |  |  |  |
|---|------------------------|--|---|--|--|--|--|
| 4 | TENSÍMETRO<br>PORTÁTIL | RESISTENCIA A IMPACTOS A UNA ALTURA DE 150 CM                      | 6 |  |  |  |  |
|   |                        | DISEÑO LÍNEA, ULTRADELGADO, COMPACTO                               |   |  |  |  |  |
|   |                        | MANÓMETRO CON PERA ADJUNTA   |   |  |  |  |  |
|   |                        | TABLERO DE MANÓMETRO GRABADO A LASER                               |   |  |  |  |  |
|   |                        | MANÓMETRO CON AMORTIGUADOR (PROTECTOR)                             |   |  |  |  |  |
|   |                        | APLICACIÓN PARA CUALQUIERA DE LOS DOS LADOS DE LA ARTERIA BRAQUIAL |   |  |  |  |  |
|   |                        | BRAZALETE ADULTO DE UNA PIEZA                                      |   |  |  |  |  |
|   |                        | BRAZALETE ADULTO DE REPUESTO                                       |   |  |  |  |  |
|   |                        | ESTUCHE DE CREMALLERA  |   |  |  |  |  |
|   |                        | FÁCIL LIMPIEZA   |   |  |  |  |  |
|   |                        | Garantía de 2 años con vistas de mantenimiento                     |   |  |  |  |  |

|   |            |  |   |   |   |   |   |
|---|------------|--|---|---|---|---|---|
| 6 | MANÓMETROS | REGULADOR DE OXÍGENO TIPO CLICK CGA 870 TIPO YUGO Y CGA TIPO TUERCA                                | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|   |            | DISEÑO COMPACTO Y SISTEMA SELECTOR DE FLUJO CON DIAL PARA CILINDRO PORTÁTIL O ESTACIONARIO         |   |   |   |   |   |
|   |            | SU CUERPO Y PARTE INTERNA ESTÁ FABRICADA EN BRONCE CON SUPERFICIES CROMADAS                        |   |   |   |   |   |
|   |            | CON MANÓMETROS DE PRECISIÓN RESISTENTE A IMPACTOS  |   |   |   |   |   |
|   |            | PRESIÓN DE SALIDA 50PSI DE 200-300PSI PRESIÓN DE ENTRADA CON SALIDA EN ROSCA PARA CONEXIÓN OXÍGENO |   |   |   |   |   |
|   |            | COMPONENTES BRONCE, METAL Y PLÁSTICO   |   |   |   |   |   |
|   |            | Garantía de 2 años con vistas de mantenimiento   |   |   |   |   |   |
|   |            |  |   |   |   |   |   |

**SOLICITUD DE COTIZACIONES  
CONTRATACIÓN EN FORMA DIRECTA**

|   |                          |                                       |   |  |  |  |  |
|---|--------------------------|---------------------------------------|---|--|--|--|--|
| 7 | FLUJOMETRO<br>ADULTO     | EQUIPO PARA ADMINISTRACION DE OXIGENO | 2 |  |  |  |  |
|   |                          | CUERPO CROMADO                        |   |  |  |  |  |
|   |                          | ALTURA APROX. DE 160 mm               |   |  |  |  |  |
|   |                          | PESO APROXIMADO DE 300 GRs            |   |  |  |  |  |
|   |                          | TUBO INDICADOR EN POLICARBONATO       |   |  |  |  |  |
|   |                          | CAPACIDAD DE FLUJO ENTRE 0.5-15 LPM   |   |  |  |  |  |
|   |                          | CONEXION DE ENTRADA TIPO CHEMETRON    |   |  |  |  |  |
|   |                          | CONEXION DE SALIDA 9/16 UNF           |   |  |  |  |  |
| 8 | FLUJOMETRO<br>PEDIATRICO | EQUIPO PARA ADMINISTRACION DE OXIGENO | 2 |  |  |  |  |
|   |                          | CUERPO CROMADO                        |   |  |  |  |  |
|   |                          | ALTURA APROX. DE 160 mm               |   |  |  |  |  |
|   |                          | PESO APROXIMADO DE 300 GRs            |   |  |  |  |  |
|   |                          | TUBO INDICADOR EN POLICARBONATO       |   |  |  |  |  |
|   |                          | CAPACIDAD DE FLUJO ENTRE 0-8 LPM      |   |  |  |  |  |
|   |                          | CONEXION DE ENTRADA TIPO CHEMETRON    |   |  |  |  |  |
|   |                          | CONEXION DE SALIDA 9/16 UNF           |   |  |  |  |  |

**2. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:**

Las señaladas en el numeral 1 "Especificaciones Esenciales".

**3. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

El proponente deberá garantizar que cumple con los requerimientos del objeto de la presente invitación y que se presentan a continuación:

- Los elementos deberán ser entregados en el almacén del Hospital, ubicado en la Carrera 86 No. 25-00 Sur, Tel: 402 13 30 o en el lugar donde lo estime el supervisor, para lo cual deberán comunicarse con un día de antelación a la entrega.
- Los elementos entregados, deberán corresponder en marca, precio y calidad a los inicialmente ofertados y aprobados por el Hospital.
- Los elementos deberán ser de buena calidad y tener una garantía mínimo de UN (1) año, igualmente ajustarse a los requisitos mínimos necesarios previstos en las normas técnicas obligatorias nacionales o extranjeras según el caso,
- El contratista deberá hacer entrega de los manuales (técnico y de funcionamiento) y ficha rápida de uso en idioma castellano.
- El contratista deberá cambiar inmediatamente los elementos si se encontrare de mala calidad por otro en perfectas condiciones so pena de hacerse acreedor a las sanciones establecidas en la Ley.
- El contratista dará cumplimiento al Art. 50 de la Ley 789 de 2002 y Ley 828 de Julio de 2003
- El contratista deberá realizar dos visitas de mantenimiento preventivo y verificación de funcionamiento dejando un reporte de dicha visita.

**4. PLAZO DE LA CONTRATACIÓN**

El plazo, será de **UN (1) MES**, debiéndose entender, éste, como plazo de ejecución del contrato. El hospital podrá adicionar y prorrogar el contrato, siempre y cuando exista la disponibilidad presupuestal pertinente.

**5. PROPUESTA ECONOMICA**

El cotizante deberá ofertar de acuerdo a las especificaciones esenciales y técnicas, teniendo en cuenta el cumplimiento de la totalidad de las obligaciones anteriormente señaladas. Así mismo, deberá describir de manera detallada los valores ofrecidos y debidamente totalizado, incluyendo los impuestos, si aplican o no.

**6. FORMA DE PAGO**

El valor de la contratación será cancelado por el Hospital, al Contratista, dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de las facturas o cuentas de cobro, previa certificación de cumplimiento suscrita por el encargado de la supervisión de la orden y sujeto al Plan Anual de Caja (PAC) Mensualizado. Para lo anterior el contratista presentará el pago de aportes a seguridad social y ARL.

#### 7. RECEPCIÓN DE LAS PRECOTIZACIONES

La cotización deberá presentarse dentro de los tres (3) días siguientes a la publicación de este 5:00pm, en las instalaciones del Hospital del Sur ESE., ubicado en la Carrera 78 No. 35-71 Sur piso 2, o a los correos electrónicos: [david.vargas@hospitalsur.gov.co](mailto:david.vargas@hospitalsur.gov.co), [gerencia@hospitalsur.gov.co](mailto:gerencia@hospitalsur.gov.co), [alvaro.guerrero@hospitalsur.gov.co](mailto:alvaro.guerrero@hospitalsur.gov.co), [mayred.atencia@hospitalsur.gov.co](mailto:mayred.atencia@hospitalsur.gov.co).

#### 8. DOCUMENTACIÓN

Junto a la cotización del oferente deberá allegar la siguiente documentación:

- a. Cotización, debidamente firmada por persona autorizada, dirigida al Gerente del Hospital del Sur ESE., donde se indique:
  - Validez de la oferta, como mínimo de treinta (30) días.
  - Valor unitario – valor IVA, según el caso.
  - Cumplimiento de las especificaciones técnicas mínimas.
  - Aceptación de las condiciones señaladas en la presente solicitud de cotización.
  - Fotocopia del Registro Único Tributario RUT actualizado.

#### b) SI ES PERSONA JURÍDICA.

- Original o copia del Certificado de Existencia y Representación Legal, expedido con una antelación menor de Tres (3) Meses, por la Cámara de Comercio, si de dicho documento se desprende que las facultades del Representante Legal, están restringidas, deberán anexar la autorización correspondiente, expedida por el órgano competente. En todo caso, las personas jurídicas dentro de su razón social deberán estar facultadas, legalmente para contratar el objeto de la invitación. Tener una duración no inferior a la del plazo del contrato resultante de esta invitación y un (1) año más.
- Fotocopia del Registro Único Tributario y RIT (**Actualizados y cuyos códigos de las actividades comerciales principales sean coincidentes en ambos documentos**).
- Certificación de paz y salvo de aportes parafiscales firmada por el Representante legal y/o el Revisor fiscal en original o copia del mes que se pretenda cotizar.
- Fotocopia del certificado de responsabilidades fiscales emitido por la Contraloría general de la Nación del representante legal y de la empresa (vigentes).
- Fotocopia del certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Personería Distrital al representante legal (vigente)
- Fotocopia del certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría del representante y de la empresa. (Vigente)
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Representante Legal.
- Certificación de no encontrarse incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad contenidas en las normas legales que regulan la materia en original o copia.


#### c) SI ES PERSONA NATURAL

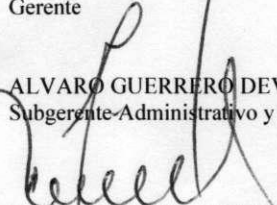
**SOLICITUD DE COTIZACIONES  
CONTRATACIÓN EN FORMA DIRECTA**

|                  |          |
|------------------|----------|
| CÓDIGO:          | GJUFO114 |
| APROBACIÓN:      | 27/02/12 |
| ÚLTIMA REVISIÓN: | 27/02/12 |
| VERSIÓN          | 1        |
| PÁGINA           | 5 DE 5   |

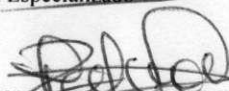
- Fotocopia del Registro Único Tributario y RIT (**Actualizados y cuyos códigos de las actividades comerciales principales sean coincidentes en ambos documentos**).
- **Copia del certificado de afiliación como cotizante al sistema general de seguridad social (EPS y AFP) o copia de la planilla de pago.**
- Fotocopia del certificado de responsabilidades fiscales emitido por la Contraloría general de la Nación. Cra. 10 No. 17-82 Tel 2816300 (Ley 734/2002, Parágrafo 1 No. 4 Art 38.) (vigente).
- Fotocopia del certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría. (Vigente)
- Fotocopia del Certificado de Antecedentes disciplinarios expedido por la Personería Distrital.(Vigente )
- Fotocopia de certificado de antecedentes POLINAL. (Vigente) y en caso de ser varón fotocopia de la libreta militar.
- **Adjuntar copia de la hoja de vida o certificación o copia de contrato (s) con la información que respalde la idoneidad para el desarrollo del objeto a contratar.**
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía del Representante Legal.
- Certificación de no encontrarse incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad contenidas en las normas legales que regulan la materia.

Cordialmente,

  
RICARDO BEIRA SILVA  
Gerente

  
ALVARO GUERRERO DEVIA  
Subgerente-Administrativo y Financiero

  
DAVID VARGAS QUINTERO  
Profesional Especializado

  
Proyectó: MAYRED ATEÑCIA MERCADO  
Técnico Recursos Físicos